

## СИНДРОМ ЛАССЮЭРА-ГРЭХЕМА-ЛИТТЛА

*Драгун Г.В., Адашкевич В.П., Мяделец О.Д., Кичигина Т.Н.,  
Грушин В.Н.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Синдром Лассюэра-Грэхема-Литтла является редкой, особой формой красного плоского лишая (КПЛ), при котором поражение ограничивается фолликулярным аппаратом. Заболевание приводит к рубцовой алопеции и дистрофии ногтей. Встречается в любом возрасте. По данным литературы, частота его 1-8% случаев от общего числа больных с красным плоским лишаем.

Заболевание впервые описал Литтл 1915 году, наблюдавший множественные фолликулярные папулы на туловище. Они сочетались с высыпаниями на слизистой рта. Это позволило ему выделить фолликулярную форму КПЛ.

Для данной формы КПЛ характерны фолликулярный и остроконечный лишай в виде фолликулярных и перифолликулярных папул, а также в виде рубцовой алопеции волосистой части головы и нерубцующейся алопеции подмышечных впадин и лобка. В отличие от других форм КПЛ элементы могут быть в паховых и подмышечных областях, на волосистой части головы, покрыты роговыми и серозно – геморрагическими корочками. У половины больных с фолликулярными и перифолликулярными формами КПЛ развивается атрофическая алопеция, дистрофия ногтей.

Приводим данные собственного наблюдения. Больной, 43 лет, африканского происхождения (родом из Нигерии) проживает в РБ с 1985 года. Болеет в течение 4 лет, когда впервые отметил выпадение волос в теменной области, появление высыпаний через 1,5 -2 года на груди, спине, а также верхних конечностях, зуд. Лечился с временным эффектом. Отмечает улучшение и регресс высыпаний после приема неотигафона 20 мг в сутки в течение месяца. Последнее ухудшение состояния наступило 2 месяца назад.

**Дерматологический статус.** На коже волосистой части головы в области темени очаг облысения с гладкой атрофической кожей (поверхностью), единичными пустулами. По краю очага, с переходом на затылочную область, меются единичные пустулы с гнойным содержимым, узелки с синюшным оттенком, покрытые роговыми и серозными корочками, рубцовые очаги размером 0,2 - 0,3 мм. На коже грудной клетки, спины, разгибательных поверхностей обоих плеч

фолликулярные и перифолликулярные папулы с восковидным блеском, синюшным оттенком, мелкоотрубевидным шелушением, многочисленные пигментные пятна. При осмотре слизистой рта, по линии смыкания зубов справа, ближе к углу рта определяются единичные папулы белесоватого цвета, слева в ретромалиарной области папулы расположены древовидно. При осмотре ногтевых пластинок пальцев кистей и стоп определяется продольная исчерченность.

**Лабораторные исследования.** Общий анализ крови: Эр-5,1·10<sup>12</sup>/л; Нв -152 г/л; ц.п. - 0,9; Лейк.- 4,7·10<sup>9</sup>/л; э – 1%; п – 1%; с – 52%; л – 46%; СОЭ - 3 мм/ч. Общий анализ мочи: белок - нет; сахар - нет; лейкоциты - 0-1. Глюкоза - 4,0 ммоль/л. Флюорография - норма.

**Патогистологическое исследование.** Эпидермис утолщен за счет паракератоза. Количество рядов в шиповатом слое достигает в области гребешков 15. Роговой слой состоит из 3-4 рядов корнеоцитов, зернистый образован 1-2 частично прерывающимися рядами клеток. Отмечается вакуольная дистрофия многих клеток шиповатого слоя. Эпидермис формирует гребешки разной ширины и длины (от 4 до 8 диаметров кератиноцитов в поперечнике и 6-8 диаметров в длину). В базальном слое и 2-4 рядах шиповатого слоя кератиноциты содержат большое количество меланина. Вокруг сосудов подсосочковой сети обнаруживаются инфильтраты, идущие в виде полосы параллельно эпидермису. Они состоят из лимфоцитов и макрофагов-моноцитов с примесью тканевых базофилов. В отдельных случаях инфильтраты поднимаются в сосочки. Вокруг сосудов глубокой сети также наблюдаются аналогичные, но меньших размеров и непостоянные инфильтраты. Сосуды подсосочковой и глубокой сетей несколько расширены. При окраске по Гейденгайну выявляется некоторое увеличение содержания коллагеновых волокон и их утолщение, а при окраске по Харту на эластические волокна - неотчетливое выявление компонентов эластической мембраны и эластоз.

**Диагноз.** Диагноз направившего учреждения: Рубцовая алопеция, подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффманна. Красный плоский лишай?

Диагноз при поступлении: Синдром Литтла-Лассюэра? Себорейная экзема? Красный волосистой лишей Девержи?

Диагноз окончательный: Синдром Лассюэра-Грэхема-Литтла.

**Дифференциальный диагноз.** Фолликулярные кератозы (болезнь Дарье, болезнь Девержи; шиповидный, блестящий лишай, фолликулярный муциноз, себорейная экзема).

Болезни, проявляющиеся рубцовой алопецией: декальвирующий фолликулит (Гоффманна сикозиформный атрофический фолликулит), фолликулит и перифолликулит головы абсцедирующий и подрывающий Гоффманна, красная волчанка, дистрофический эпидермолиз, липоидный некробиоз, фолликулярный шиповидный подрывающий кератоз Сименса, трихофития инфильтративно-нагноительная, ятрогенные поражения (рентгенотерапия), травматическая алопеция.

**Терапия.** Проведенное лечение в стационаре: р-р натрия хлорида 0,9% - 200 мл; тиосульфат натрия 30% р-р 5 мл в/в; уголь активированный по 2 таблетки 3 раза в день; аевит по 1 капсуле 2 раза в день; ципровин по 500 мг 2 раза в сутки. Местно: мазь бетадерм. Больной выписан из стационара с некоторым улучшением. При выписке рекомендован прием неотигазона (30-40 мг в сутки).

#### **Выводы.**

1. Синдром Лассюэра-Грэхема-Литтла является редкой, особой формой красного плоского лишая, поражающим фолликулы волос и приводящим к облысению.

2. Дифференциальный диагноз необходим с заболеваниями, проявляющимися рубцовой алопецией.

Литература:

1. Адашкевич, В. П. Системные ретиноиды в дерматологии: справочное пособие / В. П. Адашкевич – Минск: изд-во «Светоч», 2005. – С. 89-101

2. Альтмайер, П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии: пер. с нем / П Альтмайер. – Москва: «ГЭОТАР-МЕД», 2003. – С. 556.

3. Дифференциальная диагностика кожных болезней / Б. А. Беренбейн [и др.]. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1989. – С. 131-140.

4. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей: в 4 т. / под ред. Ю. К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1995. – Т. 2. – С. 120-172.